

〔文章编号〕 1007-0893(2020)21-0146-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.21.070

TEP 术式及 Lichtenstein 术式治疗老年腹股沟疝患者 80 例比较研究

陈小龙 龚 皓 陈国强 陈俊辉 郑进福

(丰顺县中医院, 广东 丰顺 514300)

〔摘要〕 目的: 探讨与研究腹腔镜全腹膜外疝修补 (TEP) 术式及无张力疝修补术植入善释补片 (Lichtenstein 术式) 治疗 80 例老年腹股沟疝患者的临床效果。方法: 选择从 2017 年 7 月至 2019 年 6 月丰顺县中医院收治的腹股沟疝患者 80 例, 按手术方式分为对照组 35 例和观察组 45 例, 其中观察组患者给予 TEP 术式, 而对照组给予 Lichtenstein 术式。观察、分析与总结两组术式在术中失血量、下床活动时间、总住院时间、睡眠质量评分, 疼痛评分等指标间的差异。结果: 观察组术后住院时间及下床时间、出血量显著低于对照组, 但围手术期住院费用较对照组费用较高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。经 TEP 术式治疗的观察组患者, 其睡眠质量评分、疼痛评分及术后并发症发生率及复发率的数据统计显著优于对照组, 组间比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 与 Lichtenstein 术式比较, TEP 术式在治疗老年腹股沟疝治疗中效果显著, 能显著改善患者术中出血, 减少患者术后疼痛评分及提高患者的睡眠质量, 减少术后复发率, 提高患者预后。〔关键词〕 腹股沟疝; 腹腔镜全腹膜外疝修补术; 无张力疝修补术; 老年人

〔中图分类号〕 R 656.2[†]1 〔文献标识码〕 B

腹股沟疝是腹外疝的一种, 主要发病部位为下腹部和大腿交界的腹股沟区域, 可根据疝环位分为直疝和斜疝两种^[1]。主要以男性患者为主, 主要诱因因为随着年龄增长, 腹部肌肉张力下降, 且部分患者存在长期慢性咳嗽、前列腺增生、肠胃蠕动功能下降等导致腹压增高, 从而增加腹腔器官受压较大, 移位至腹腔壁薄弱处, 从而形成疝。腹股沟疝导致患者脏器嵌顿, 疼痛, 严重影响患者日常生活。在临床治疗常采取保守治疗及手术治疗, 但是部分患者常合并内科疾病, 增加治疗难度, 且复发率较高。为根治腹股沟疝, 临床常采用手术治疗, 以无张力疝修补术植入善释补片 (Lichtenstein 术式) 治疗及腹腔镜手术治疗为主。随着患者的生理、心理需求及生活质量越来越高, 其手术多选择腹腔镜全腹膜外疝修补 (totally extraperitoneal, TEP) 术式治疗, 其出血少, 预后较好, 相关研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择从 2017 年 7 月至 2019 年 6 月本院收治的腹股沟疝患者 80 例, 按手术方式分为对照组 35 例和观察组 45 例; 本研究的 80 例老年腹股沟疝患者中有斜疝患者 47 例, 直疝患者 33 例; 80 例患者均为初次手术患者。其中对照组男性 27 例, 女性 8 例, 年龄 56~74 岁, 平均年龄 (59.99 ± 5.47) 岁; 观察组中男性 38 例, 女性 7 例, 年龄 60~76 岁, 平均年龄 (62.34 ± 5.86) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计

学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入与排除标准: (1) 全部患者均经影像资料检查及临床症状符合老年腹股沟疝诊断标准^[2]。(2) 本研究 80 例患者均知情同意。(3) 排除二次手术治疗腹股沟疝患者。(4) 排除既往史有腹腔、盆腔手术患者及盆腔肿瘤患者。(5) 排除严重心脑血管疾病患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 Lichtenstein 术式治疗: 常规消毒铺单, 在患侧下腹部给予一斜行切口, 逐层切开并分离至提睾肌, 充分暴露精索、剥离疝囊后进行高位结扎, 将网片固定在腹股沟管后壁, 缝合固定后, 逐层缝合包扎。

1.2.2 观察组 TEP 手术: 选择患者脐部为观察孔, 在脐下 0.5~1.0 cm 处行 1.0 cm 的切口, 暴露两侧腹直肌后将 10 mm 第一套管顺腹直肌背侧与腹直肌后鞘之间的间隙置入腹膜前间隙, 镜头在网状疏松的无血管区域内前后移动并分离腹膜前间隙; 此外在下腹正中线上等分出 2 个辅助孔, 继续分离间隙并分离疝囊, 将精索腹壁化, 完成腹膜前间隙分离后, 使用补片平铺覆盖肌耻骨孔, 释放二氧化碳气体后, 逐层缝合, 包扎。

1.3 观察指标

观察两组患者术中出血量、首次下床活动时间、总住院时间、疼痛评分 (采用疼痛数字评价量表 (numerical rating scale, NRS) 分级法评估)、睡眠质量评分 (采用匹兹堡睡眠质量指数 (Pittsburgh sleep quality index, PSQI) 评估)

〔收稿日期〕 2020-07-29

〔作者简介〕 陈小龙, 男, 主治医师, 主要主要从事普通外科工作。

及治疗费用等指标，统计与记录其术后并发症发生率及半年内患者复发情况。其中，（1）NRS 分级法^[3]：NRS 总分为 0~10 分，分值越高表明疼痛越剧烈。（2）PSQI：该量表由 Buysse 等于 1989 年在综括前人文献和有关测试工具的基础上研制而成，由刘贤臣等译制^[3]，用以评价最近 1 个月的睡眠质量情况。19 个自评条目和 5 个他评条目组合成 7 个因子，包括：主观睡眠质量、睡眠潜伏期、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物使用、日间功能障碍。每个因子按 0~3 计分。累积各因子得分为 PSQI 总分，总分范围 0~21 分，得分越高，表示睡眠质量越差。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围手术期各临床指标比较

观察组术后住院时间及下床时间、术中失血量显著低于对照组，但围手术期住院费用观察组费用较高，与对照组比较，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者围手术期各临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | <i>n</i> | 术中失血量 /mL | 首次下床活动时间/h | 总住院时间/d | 治疗费用/元 |
|-----|----------|-------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 35 | 24.47±9.58 | 8.49±0.34 | 7.00±1.00 | 4898.47±327.49 |
| 观察组 | 45 | 12.45±1.23 ^a | 4.39±0.34 ^a | 3.29±0.55 ^a | 6902.33±4.38 ^a |

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者术后睡眠质量评分、疼痛评分及术后并发症发生率、复发率比较

观察组患者术后并发症发生率 8.89% 及复发率 0.00%，优于对照组的 28.57%、2.85%，其睡眠质量评分、疼痛评分均低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者术后睡眠质量评分、疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$ ，分)

| 组别 | <i>n</i> | 睡眠质量评分 | 疼痛评分 |
|-----|----------|------------------------|------------------------|
| 对照组 | 35 | 10.47±2.58 | 7.49±1.34 |
| 观察组 | 45 | 5.45±1.23 ^b | 4.39±0.54 ^b |

与对照组比较，^b*P* < 0.05

3 讨论

随着社会结构的变化，老年腹股沟疝疾病的发病率越来越高，部分患者常合并严重的心脑血管、呼吸系统等疾病，老年患者因腹部肌张力下降，导致患者疝气的发病率增高^[4]。

现今成熟的开放性手术——Lichtenstein 术式是一种以人工生物材料作为补片用以加强腹股沟管的后壁，从而固定脏器，减少对患者机体解剖结构的影响。但是其创伤大，术中出血量较高，术后恢复慢，并发症、复发率多，住院时间长，严重影响患者预后及术后日常生活，因此患者术后满意

度较差，且增加医护人员术后工作负担。随着腹腔镜技术的不断发展，因其创伤小，手术视野清晰，术后恢复快等优势，腹腔镜在手术中的作用及使用率不断提高，临床中的腹腔镜手术主要分为 TEP 术式及经腹腹腔镜疝修补术两种，其中 TEP 术式具有双侧手术操作，减少切口部位，提高治疗效果，临床医师更为常用。TEP 术式联合使用电凝刀及超声刀等医疗设备，有效的提高止血效果，从而减少 Lichtenstein 术式导致患者出现的严重的应激反应，减少医源性损伤，减少术后感染发生率，为患者术后恢复提供相对较好的内环境，促进预后。且腹腔镜手术视野较广且清晰，有效减少术中对器官组织的副损伤^[5]。TEP 术式在治疗腹股沟疝中有诸多优势，但是依旧存在部分不足，此手术需要对患者实行全身麻醉，对患者的身体条件要求较高，因此对合并其他内科疾病患者需要严格审查患者是否符合手术条件，从而确诊手术方式。且腹腔镜手术治疗的费用相对开放性手术较高，对于经济条件较差的患者是一种负担，因此临床医师不断掌握熟练理论知识，同时需熟练掌握腹腔镜手术的操作流程及术中特殊情况的应变能力，同时需要医师根据患者的身体条件及经济条件选择合适的手术方法^[6]。

本研究表明，经 TEP 术式治疗后，观察组术后住院时间及下床时间、出血量显著低于对照组，但围手术期住院费用观察组与对照组比较，费用较高，组间比较，差异均具有统计学意义（*P* < 0.05）。经 TEP 术式质量的观察组患者，其睡眠质量评分、疼痛评分及术后并发症发生率及复发率的数据统计显著优于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05）。本研究提示 TEP 手术操作流程不显著延长手术时间且出血量显著降低，术后患者疼痛轻，患者术后恢复更快，TEP 术式手术的安全性较高。由此可见，TEP 术式不仅手术创伤小、手术后疼痛轻、睡眠质量较好、术后下床时间提前、恢复快、伤口感染的几率少、术中出血少、并发症少、术后恢复快的优点，同时减少腹腔压力对脏器及腹腔壁的冲击，提高预防腹股沟疝复发的机率，且腹腔镜手术可以将补片置入更深，固定更好，从而有效减少患者异物感出现，减少机械钉固定补片导致的并发症发生率。由此可见，该术式在临床上深得医生和患者认可，具有良好的应用前景^[7]。

综上所述：与 Lichtenstein 术式比较，TEP 手术在治疗老年腹股沟疝中效果显著，显著改善患者术中出血，减少患者术后疼痛评分及提高患者的睡眠质量，降低术后复发率，提高患者预后。

〔参考文献〕

- (1) 黄理哲. TEP 术式与 Lichtenstein 术式治疗老年腹股沟疝的效果比较 (J). 中国当代医药, 2018, 25(16): 56-58, 62.
- (2) 唐健雄. 腹外疝手术治疗规范化实施与质量控制标准 (J). 中国实用外科杂志, 2014, 34(1): 55-58.
- (3) 王岩. TEP 术式与 Lichtenstein 术式治疗成人腹股沟疝的临床研究 (J). 中国医药指南, 2017, 15(2): 140-141.
- (4) 唐健雄, 李航宇. 老年腹股沟疝诊断和治疗中国专家共识 (2019 版) 解读 (J). 临床外科杂志, 2020, 28(1): 12-15.

- (5) 何涛, 崔洁. 老年女性腹腔镜术后 Trocar 部位疝 12 例临床分析 (J). 海南医学, 2017, 28(4): 650-651.
- (6) 林维凯, 郑文武, 黄泽文. 腹腔镜全腹膜外补片植入术中采用疝囊横断技术在老年腹股沟疝中治疗效果 (J). 医学理论与实践, 2017, 30(19): 2887-2888.
- (7) 张校阳, 雷霆. 比较腹腔镜微创术式与 Lichtenstein 修补术治疗老年复发性腹股沟疝的临床疗效 (J). 航空航天医学杂志, 2017, 28(7): 835-836.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)21-0148-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.21.071

微创技术在骨折患者治疗中的应用效果

顾运福

(许昌仁和骨伤医院, 河南 许昌 461000)

〔摘要〕 **目的:** 分析微创技术在骨折患者治疗中的实践应用价值。**方法:** 将许昌仁和骨伤医院 2017 年 9 月至 2018 年 9 月收治的骨折患者 108 例随机进行分组, 观察组 54 例、对照组 54 例。对照组行传统的常规切开复位内固定术治疗, 观察组采用微创技术行有限切开复位内固定术治疗, 观察和记录手术的基本情况、疗效以及并发症发生情况。**结果:** 观察组患者的术中出血、手术时间、换药次数、切口愈合时间优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的 Neer 评分、美国特种外科医院 (HSS) 评分、Harris 评分显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组的并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 对于骨折患者的临床治疗, 采取微创技术治疗的临床疗效显著, 并发症发生较少, 患者的各项手术基本指标较优。

〔关键词〕 骨折; 微创技术; 常规切开复位内固定术

〔中图分类号〕 R 687.3 〔文献标识码〕 B

随着交通事业与建筑事业的快速发展, 创伤骨科中收治的骨折患者越来越多, 且大多数患者都是四肢骨折或其他部位骨折, 其中青壮年较多, 而男性患者比女性患者多, 骨折不仅影响了患者的正常生活, 还导致患者的生活质量直线下降。对于骨折患者, 手术是主要的治疗方式, 但是常规的开放式手术给患者造成的创伤较大, 术后恢复较慢, 现代临床上常用微创手术治疗, 相比于传统的手术方式, 微创手术具有创伤小、出血少、手术实施精准等特点, 对患者的痛苦具有较大的减轻作用。基于此, 本研究分析了微创技术在骨折患者临床治疗中实践应用的价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从本院 2017 年 9 月至 2018 年 9 月收治的骨折患者中筛选 108 例进行研究, 其中有膝关节创伤 42 例, 肩关节创伤 21 例, 髌关节创伤 45 例。将其随机分为两组, 观察组 54 例、对照组 54 例。观察组, 男 31 例, 女 23 例, 年龄 24~53 岁, 平均 (41.43 ± 5.32) 岁, 其中左侧和右侧骨折分别为 22 例和 32 例, Neer II 型骨折 38 例, Neer I 型骨折 16 例; 其

中, 膝关节创伤 22 例, 肩关节创伤 10 例, 髌关节创伤 22 例。对照组, 男 32 例, 女 22 例, 年龄 26~52 岁, 平均 (41.17 ± 5.26) 岁, 其中左侧和右侧骨折分别为 24 例和 30 例, Neer II 型骨折 36 例, Neer I 型骨折 18 例。其中, 膝关节创伤 20 例, 肩关节创伤 11 例, 髌关节创伤 25 例。两组患者性别、年龄以及骨折类型等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 行常规切开复位内固定术治疗, 患者取仰卧位, 给予麻醉之后垫高患肢, 用碘伏消毒手术区域, 然后逐层切开皮肤和皮下浅筋膜, 显露骨折断端, 清理瘀血及卡压组织, 直视下复位骨折块, 用克氏针固定, 透视骨折复位良好之后用钢板螺钉进行内固定。最后冲洗切口, 放置引流, 缝合切口, 进行辅料覆盖包扎。

1.2.2 观察组 用微创技术行有限切开复位内固定术治疗, 相关步骤如下: (1) 手术前完成常规的麻醉操作, 准备好止血带、消毒铺巾以及其他的手术用品, 选择肩峰前外侧做一个纵行切口, 切口约 3~4 cm, 然后逐层切开, 暴露骨折部位; (2) 观察软骨、韧带、半月板的情况, 正式处理

〔收稿日期〕 2020-07-14

〔作者简介〕 顾运福, 男, 主治医师, 主要研究方向是骨科创伤。